

1	Behörde	Ort, Datum
2		Sachbearbeiter(in) Zimmer-Nr.
3	Vollzug des Sozialgesetzbuches - Buch XII (SGB XII)	Telefon Durchwahl (Nbst.) Telefax
4	Überprüfung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse beim Bezug von laufenden Sozialleistungen	E-Mail
		Aktenzeichen/Kunden-Nr.

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
zur Überprüfung Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden Sie gebeten, nachstehende Erklärung abzugeben und

über Ihre Wohnsitzgemeinde an den oben bezeichneten Sozialhilfeträger bis zum zurückzuleiten. an o.g. Behörde bis zum

Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie nach § 60 SGB I als Empfänger von Sozialleistungen verpflichtet sind, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und ferner auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen haben. Sollten Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann die Leistung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen eingestellt werden. Auch durch unrichtige oder unvollständige Angaben können Nachteile für Sie entstehen.

Ihre Angaben benötigen wir für die Zeit ab

Geben Sie bitte alle Bezüge in Geld oder Geldwert, also auch den Wert von Sachleistungen, die Ihnen oder Ihren unterhaltsberechtigten Angehörigen bzw. dem Leistungsberechtigten zufließen oder zugeflossen sind, an, auch wenn Sie der Meinung sein sollten, dass diese bei der Berechnung der Leistungen der Sozialhilfe unberücksichtigt bleiben müssten. In gleicher Weise ist hinsichtlich des Vermögens zu verfahren. Die Angaben sind durch geeignete Unterlagen (z. B. Verdienstbescheinigung, Mietverträge, Rentenmitteilungen u. a.) zu belegen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Unterschrift

Hinweis: Um sachgerecht entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, das Formular sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

I. Persönliche Verhältnisse:	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
8 Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
9 Vorname(n)		
10 Geburtsdatum		
11 Familienstand wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet
12 Staatsangehörigkeit aufenthaltsrechtlicher Status		
13 Wohnanschrift: PLZ, Ort Straße, Nr.		
14 Telefon (freiwillige Angabe)		
16 Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig? ggf. warum? (GdB und Gebrechen)	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stufe	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stufe
18 Schwerbehindertenausweis ausgestellt am: Betreuer/in (Kopie der Best- stellungsurkunde beifügen) Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	Merkzeichen	Merkzeichen
20		
21 Derzeitiger Arbeitgeber		

II. Familienverhältnisse: Außer der/dem Leistungsberechtigten und ihrem/seinem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der **Haushaltsgemeinschaft**

	1	2	3	4
22 Familienname (ggf. auch Geburtsname)				
23 Vorname(n)				
24 Familienstand				
25 Verwandtschaftsverhältn. z. Antragsteller				
26 Beruf				
27 Arbeitgeber oder Art d. Rente usw.				

Falls die/der Leistungsberechtigte ein nichteheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

28 Name der Person/des Kindes		
29 Name des/der Unterhaltspflichtigen		
30 Wohnanschrift d. Unterhaltspflichtigen		
31 Name des Vormunds, Pflegers		
32 Anschrift d. Vormunds, Pflegers		
33 Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR	EUR
34 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
35 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

Jüdling Bestel-Nr. 400 410 5006 404 Tel. 0 89/3 74 36-0 Fax 0 89/3 74 36-3 44 service@juedingverlag.de 1339

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Nur bei Grundsicherung

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

36	Verfügt eines Ihrer Kinder/verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 39 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 37 Adressen an)
37	Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen 1 2	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen 1 2

2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 36 "X" ja" angekreuzt wurde)

38	Familienname, Vorname der/des Angehörigen	1	2	1	2
39	Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)				
40	Geburtsdatum				
41	Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR		<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR	

IV. Einkommensverhältnisse der/des Leistungsberechtigten und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

42	Art des Einkommens monatlich	Leistungsberechtigte(r) EUR	Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
43	Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Einkommen aus						
	Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
45	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
46	Land- und Forstwirtschaft						
47	Sonstige selbstständige Tätigkeit						
48	Vermietung und Verpachtung						
49	Leistungen der Krankenkasse						
50	Wohngeld/Lastenzuschuss						
51	Renten/Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente)						
52	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
53	Lastenausgleich						
54	Leistungen d. Agentur für Arbeit						
55	Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)						
56	Ausbildungsförderung						
57	Unterhalt						
58	Sonstige Einkünfte						
59	Sonstige Einkünfte						

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

60	Keine absetzbaren Beträge	Leistungsberechtigte(r) EUR	Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
61	Ausgaben						
62	Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
63	Kranken-/Pflegeversicherung						
64	Arbeitslosenversicherung						
65	Rentenversicherung						
66	Altersvorsorgebeiträge						
67	-versicherung						
68	-versicherung						
69	Lebensversicherung						
70	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
71	- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
72	- benutztes Verkehrsmittel						
73	- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
74	Sonstiges						
75	Sonstiges						

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 96321 Rhens

Jübling 1339 Bestell-Nr. 400 410 5006 404 Tel. 0 89/3 74 36-0 Fax 0 89/3 74 36-3 44 service@jueningverlag.de

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

	Leistungs- berechtigte(r)	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
76 Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
77 Bargeld						
78 Bank-/Sparguthaben (bei welchem Kreditinstitut?)						
79 Wertpapiere						
80 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 95 bis 97 beachten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
81 Hauseigentum						
82 Sonstiger Grundbesitz						
83 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen/Erstzulassung						
84 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
85 Ansprüche aus Übertragungs- verträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
86 Sonstiges Vermögen						

Zutreffendes ankreuzen!

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

87 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? nein ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde

Bemerkungen

2. Nicht geklärt oder streitige Ansprüche

88 Glaubt die/der Leistungsberechtigte oder sein/ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?

Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich

als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich

89 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?

90 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei Az.

3. Versicherungsansprüche

91 **Derzeit Mitglied welcher Kranken- und Pflegeversicherung?** Monatsbeitrag EUR

92 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Rentenbewerber Rentner

93 Familienversichert bei

94 Wenn Sie derzeit nicht Mitglied einer Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits Kranken- und Pflegeversichert? nein ja Wenn ja, wann? von bis

95 Bei welcher Kranken- und Pflegeversicherung?

96 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Rentenbewerber Rentner

97 Besteht eine **Sterbegeldversicherung**? nein ja, welche

98 **Lebensversicherung** besteht bei Gesellschaft

99 Höhe der Versicherungssumme EUR fällig am:

100 Vertrags-Nummer

101 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? nein ja, beantragt bei

102 Falls der Antrag abgelehnt wurde wann? warum?

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

103 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl Person(en) Wohnfläche: m² davon untervermietet: m²

104 Gesamtkosten der Unterkunft: EUR

105 davon Kaltmiete: EUR

106 Nebenkosten: EUR

107 Heizungskosten: Sammelheizung Einzelheizung Holz/Kohle Öl Gas EUR

108 Einnahmen aus Untervermietung EUR

109 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? nein ja in Höhe von EUR

110 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? nein ja in Höhe von EUR

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

111 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

IX. Arbeitsverhältnisse seit Beginn der Hilfgewährung

Erwerbsstatus	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
112 Keine Erwerbstätigkeit seit Beginn der Hilfgewährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113 Erwerbstätig als		
114 Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von _____ bis _____	von _____ bis _____
	von _____ bis _____	von _____ bis _____
115 Gründe für etwaige Lösung der Arbeitsverhältnisse		
117 Arbeitslosengeld nach SGB III	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
118 Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

X. Sonstiges:

119 Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung (altes Recht) bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
120 Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
121 Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
122 Falls ja, welche Behörde?	
123 Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes	
124 Hat der/die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
125 Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.	
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung	
126 a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme. . .	
127 b) (bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt? . . . Wer war bisher Kostenträger? Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt.	
128 c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung) Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Anstalt? . . .	
129 (Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes	
130 Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . .	
131 Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?	

XI. Bankverbindung: Girokonto der nachfragenden Person:

132 Empfänger	
133 IBAN	BIC

Erklärung der/des Leistungsberechtigten und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

134			
Ort, Datum	Unterschrift des Leistungsberechtigten oder ihres/seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

135	Unterschrift Leistungsberechtigte/r	Unterschrift des Aufnehmenden
-----	-------------------------------------	-------------------------------

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Mitwirkungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.
 (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

I. A. _____

☒ Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

1339 service@juenglingverlag.de

Bestell-Nr. 400 410 5006 404 Tel. 0 89/3 74 36-0 · Fax 0 89/3 74 36-3 44 ·